

### 1 自己評価及び外部評価結果

#### 【事業所概要(事業所記入)】

|         |                   |            |           |
|---------|-------------------|------------|-----------|
| 事業所番号   | 2590400053        |            |           |
| 法人名     | 社会福祉法人ほのぼの会       |            |           |
| 事業所名    | グループホームしのだ(夢ユニット) |            |           |
| 所在地     | 近江八幡市上田町540-1     |            |           |
| 自己評価作成日 | 令和4年12月24日        | 評価結果市町村受理日 | 令和5年3月24日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2590400053&amp;SCD=320&amp;PCD=25">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2590400053&amp;SCD=320&amp;PCD=25</a> |
|----------|---|

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                   |
|-------|-----------------------------------|
| 評価機関名 | 一般社団法人 滋賀県介護福祉士会                  |
| 所在地   | 滋賀県草津市笠山七丁目8番138号 滋賀県立長寿社会福祉センター内 |
| 訪問調査日 | 令和5年1月30日                         |

#### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

しのだ夢ユニットは、家族様をはじめ地域の皆様、多くの方々の温かいご支援を頂いております。今後も、夢の理念である「一人ひとりの笑顔を引き出せる夢しのだ」を念頭に置いて、入居者様の笑顔作りに努めていきたいと思っております。数年前の運営推進会議終了後、地域の方より公園花壇を任せて頂き、地域の方のご協力も頂き現在に至っております。回覧板もまわして頂き、しのだ便りも回して頂いております。地域の方との関係は今後も良好な関係を継続していきたいと思っております。入居者様の中には公園花壇を手伝って下さる方もおられます。入居者様の生活は各入居者様に担当職員を決め、誕生会開催を含め、細かいところまで支援させて頂けるように努めています。またクリニック、訪問歯科等とも連携を取り医療連携に努め、心身とも安心、安定した生活をして頂けるように日々精進させて頂きたい

#### 【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

和風の家に趣のある日本庭園やウッドデッキが設置され間近に四季の移り変わりが楽しめる環境にある。近江八幡市内に同法人の特別養護老人ホームやグループホームがあり、防災や各種委員会・職員研修等の協力関係にあってお互い向上し合うことが出来る。近年は、コロナ禍でイベントや外出を制限せざるを得ないこともあるが脚力低下防止や気分転換の散歩は利用者と職員が近所を1対1で歩き出会った人と挨拶を交わしたり、自治会の花壇を手入れしたり溝の掃除を行い地域との繋がりを大切にしている。職員は、「一人一人に合わせて、ゆっくり、ゆったり、のんびりと…」を根幹に利用者の思いや特性に合わせた自立(律)支援に努めている。

### V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目 |  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印 |   |
|----|--|-----------------------|---|----|---|-----------------------|---|
| 56 | 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59 | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う                                       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う                                   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |    |   |                       |   |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価  | 外部評価  |                                       |
|--------------------|-----|---|---|---|---------------------------------------|
|                    |     |   | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                     |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |   |   |                                       |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 施設内(管理室)に理念を掲げ常に職員全員が意識出来るようにしています。課内会議等でも実践につなげられるように取り組んでいます。                               | 毎月の課内会議や役職会議で理念の振り返りを行っている。またケア会議の中で意見の違いがあった場合は理念に立ち戻って検討し実践に努めている。  |                                       |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 近隣の方から畑で採れたお野菜をいただいたり、散歩時の挨拶を行っています。また自治会に入り、回覧板を回して頂いております。公園花壇を任せて頂き、地域の方と一緒に花を植えています。      | 地域の公園の一部を使用させてもらい花を植えたり溝掃除をして交流している。日常の散歩時には、近隣の方と挨拶や言葉を交わす関係性が出来ている。   |                                       |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 地域の方との会話の中で、認知症についての話題があがります。コロナ禍前は、運営会議を通して、随時、認知症の勉強会を開催しておりました。                            |   |                                       |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 市作成の用紙に入所者、退所者の報告、事故報告、地域とのつながり等について記入しています。市、地域の方、家族様に配布し、地域の方配布時、会話の中で温かいお言葉を頂いています。        | コロナ禍で書面での会議が中心であった。運営推進会議のメンバー(自治会長・民生委員・自治会組長・地域の役員・市担当者)には「しのだ通信」と共に議事録を送付している。感染拡大前は、家族会でスライドを使って報告していた                    | 地域・家族・市職員等の意見が出しやすい工夫を検討されてはいかがでしょうか。 |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる  | 当施設のお便りは、運営推進会議書面配布時お渡ししています。また、何か困りごとはその都度相談しています。事故報告、入退所その都度連絡しております。                      | 運営推進会議の議事録で事業所の現状や取り組みを伝えている。市のグループホーム担当者とは、日頃から密に連絡を取り合い協力関係が築かれている。   |                                       |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 法人の身体拘束廃止委員会に事業所職員も所属しております。また委員会主催の研修に全職員参加しております。玄関の施錠については、道の交通量も多く、外に出られた方もおられる為開錠していません。 | 全職員参加で法人合同の研修会で身体拘束をしないケア(スピーチロック)も含めて正しい理解の確認や振り返りをしている。外出傾向にある方に対しては、一緒に歩くことを職員間で共有している。帰宅願望の方には、家族と電話で話をしてもらおう等家族の協力を得ている。 |                                       |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 虐待を引き起こさないために、日頃の職員の心のケア(ストレスがたまらないような状況)に努めています。必要時は面談を行い、また法人の権利擁護等の研修で虐待についても学んでいます。       |   |                                       |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|-----|--|---|--|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している    | 法人に権利擁護委員会があり、その都度情報提供されています。個々に職員とも話しています。また研修に参加しています。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 契約については、利用者様や家族様の都合を伺い慎重に進めさせていただいています。入所時は特別に時間を作り、丁寧に説明をさせて頂いております。日頃からご家族様とは話しやすい環境を心がけ、関係づくりに努めています。                    |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | コロナ禍前は家族会を立ち上げ、ご意見をいただける場を設け運営にも反映させて頂いておりましたが、現在はその都度電話連絡にてその都度報告、相談をしております。   | コロナ禍で制限付きの面会ではあるが意識的に話し電話やメールでも意見や要望を伺っている。出された意見要望等は、検討し可能な限り反映に努めている。  |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている                                      | 月1回の役職会議や課内会議により職員の提案や意見をいただき反映させていただいています。また個々に応じ職員と話す機会を設けております。  | 会議やユニットミーティングでも提案や意見が言いやすい雰囲気であり検討してもらえると職員より聞き取った。職員の提案で業務改善に繋がった経緯がある。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている      | 毎年職員の評価を行い給与等の見直しが行われています。また職員の適正を判断し、それぞれに役割を持ち、やりがいがあると感じられるような取り組みを行っています。   |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | 法人内の研修につきましては、勤務を調整し全職員が受講できるように配慮しています。法人外の研修につきましては、研修に対し人選を行い受講していただけるようにしています。また、各職員に利用者様を個別に担当して頂き、ケアでのスキルアップを目指しています。 |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会を作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 法人内にあるグループホームと交流、情報交換しています。また地域の部会に参加しています。   |  |                   |

| 自己                           | 外部  | 項目   | 自己評価   |  | 外部評価              |  |
|------------------------------|-----|--|--|--|-------------------|--|
|                              |     |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |  |
| <b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |  |  |                   |  |
| 15                           |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 特に入所時は、環境の変化に対する不安に対して職員からの働きかけが重要であると考えます。ご利用者様の気持ちに寄り添い、不安が軽減できるように努めております。                                  |  |                   |  |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 入所面接において要望等は聞かせて頂いています。また入所後も家族様との会話等は信頼関係を築くうえで欠かせないものと考えご利用者様の小さな動きでも気づいたことは報告・連絡・相談を心がけています。                |  |                   |  |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 計画を作成させていただき段階で、書面も記入して頂き、ご家族様やご入居者様の意見を十分お伺いしサービスへと繋いでいます。  |  |                   |  |
| 18                           |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | ご利用者様からの学びは大きく大事なものです。できない部分をご利用者様間や職員との関わりによって支え合い共に生活を送らせて頂いていると思います。  |  |                   |  |
| 19                           |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 入所されても、入居者様とご家族様との絆は大切なものです。窓越し面会を行い、ご利用者様の日々の様子などその都度お伝えしております。請求書に写真を同封しております。                               |  |                   |  |
| 20                           | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている                     | ご利用者様の希望により、電話をつなぎ会話をさせて頂いております。コロナ後は馴染みの場所にも可能な限り、出掛けることを大切にしています。  | コロナ感染状況を見てなじみの友人の訪問を受け入れたり、電話で関係が途切れないように継続して支援している。状況を見て利用者のなじみの場所(自宅近く)へのドライブを考えている。 |                   |  |
| 21                           |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 利用者様お一人ずつの性格や得意不得意を把握し、利用者様同士の関わりへの援助をさせていただいています。日中の体操、レクリエーション、コーヒータイム、洗濯ものたたみ等リビングにて皆様と一緒に過ごして頂ける時間を作っています。 |  |                   |  |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |                                  |
|------------------------------------|------|--|---|---|----------------------------------|
|                                    |      |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | 退所されても請求書に「しのだより」を同封しています。葬儀にはコロナ禍で参列できませんので、弔電、献花しております。   |   |                                  |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |   |   |                                  |
| 23                                 | (9)  | ○思いや意向の把握<br>一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している   | 日常の会話の中で思いや意向などを伺うようにし、3ヶ月に一度計画書に記載させて頂いております。  | ケアの隙間時間には、意識して利用者とゆっくりに関わり何気ないしぐさや言葉から思いや意向を把握してケース記録で共有しケアプランに反映させている。 |                                  |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている                                       | 入所前の面接で生活歴等を伺い、職員間でも周知するように努めています。また入所後も、昔の暮らしについて普段の会話の中や、家族様面会時に伺い、思いや意向をくみ取れるように努めています。                                |   |                                  |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている   | 同じ一日を過ごす中でも、個々の心身の状態は大切と考えます。日々の様子観察を行いながら言動についても注意をはらい、健康状態、現有能力についても職員が把握するように努めています。                                   |   |                                  |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している | 介護計画の見直しは、ケア記録、モニタリング、本人、家族の意向に基づき、毎月の課内会議で検討しております。3ヶ月に1回本人の意向を確認しております。   | 本人の思いや家族の意向を聞き介護計画を作成している。ケア記録を参照して職員間で意見交換してモニタリング・再アセスメントを行っている。      | 介護計画の実践経過についても本人・家族と共有出来ればいいですね。 |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている                        | 個別の記録については、全職員が目を通し課題とされる部分については確認し課内会議で話し、場合によっては変更反映させ業務にあたっています。また、業務日誌の裏に随時変更点などを記入し共有を図っています。また周知を確認する為、個々に押印しております。 |   |                                  |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる               | ニーズについては、その方が何を必要とし求めているのかを考え心に寄り添ったケアを心がけています。フロアでは、個別の買い物や、レクレーションの実施(ことわざクイズ、カラオケ等)を行い天候や体調に合わせて散歩などにも出かけています。         |   |                                  |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |   |
|----|------|---|--|---|---|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                               |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している                                      | 毎年行われる篠田花火を楽しんで頂いたり、神社にお参り、散歩を通して季節の移り変わりを感じて頂けるように努めています。   |   |   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 面接、入所時に意向確認しています。かかりつけ医との関係を大切に、場合によっては往診をお願いして必要な医療が受けられるように努めています。   | 本人・家族の意向を確認して提携医の往診やかかりつけに基本、家族同行で通院されている。定期的に看護師の訪問もあり関係機関で医療情報は共有され健康管理されている。                                       |   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 他の医療機関と契約し医療連携体制が整っています。週1回訪問看護を受けており、看護師から健康状態の他、日常生活について相談、助言も受けています。また連携については、24時間体制で相談も出来、場合によっては訪問もして頂いております。 |   |   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入院時は家族の了解のもと情報を提供しております。またお見舞いに行かせて頂き、退院前カンファレンスに参加し、退院後の日常生活に繋げています。また医療機関主催の研修にも参加、ケアの向上に努めています。                 |   |   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる  | 契約時に重度化対応方針を作成して本人、家族の同意を得て調印しております。指針には状態によって看取り介護が可能な事、医療との連携、家族等の信頼・協力関係を構築、また職員の教育・研修の実施等を明記しております。            | 本人・家族の意向を確認しながら医師・看護師・事業所職員が話し合い体調が変化した場合は、随時申し送り関係者で共有し支援に取り組んでいる。看取り委員会で年1回の勉強会を行っている。看取り後は「しのびのカンファレンス」を行い振り返っている。 |   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている  | ご利用者様個々の連絡先や主治医の一覧表、また医療連携体制マニュアルを常に目の届くところに設置し万が一に備えています。法人内研修で救命救急実施しております。AEDも施設内に設置し全職員使用できます。                 |   |   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている  | マニュアルに基づき年2回の昼夜間想定訓練を実施し、地域の協力も得ています。通報は近隣3軒にも繋がり、スプリンクラーも設置しています。非常用食料・備品も備蓄しております。                               | 定期的避難訓練が実施されている。法人全体及び地域との協力体制が築かれている。今回はコロナ禍で自粛したが以前は近隣3軒の住民が誘導に参加協力があつた。訓練後は振り返り意見交換している。                           | さまざまな災害を想定して今後も継続した対策を運営推進会議等で話し合うことが出来ればいいですね。 |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |  |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | その人らしい生活をして頂けるように、尊厳やプライバシーについては、課内会議時話合っています。一人ひとりの人格を大切に声かけには特に注意をはらい、無理な介助を行わないように注意しています。                          | 毎月の課内会議で尊厳やプライバシーについて振り返って確認している。本人の意向を確認したケアに努め、本人を傷つけない言葉かけに注意している。                                |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている                     | 利用者様が困っておられる時、迷っておられる時は、本人に何うとともに自ら選択、決定ができるような声かけの工夫をしています。   |  |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している | 一人ひとりのペースを大切に希望を伺い実施するようにしています。1日の時間に縛られずその時々の様子にあった過ごし方を最優先に考えています。   |  |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している                                  | その日着て頂く洋服は可能な限り本人様に選んで頂きます。衣替えは極力家族様にお願ひし、居室担当の職員がクローゼット等確認しております。季節や気温に合わせた服装が出来るよう配慮を行っています。                         |  |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 食事は単に栄養補給をする為のものではなく、生活の楽しみであると考えています。季節を感じられる食事、また好みに配慮しながら提供を致します。準備や片付けなど出来ることはして頂き、生活をしていると感じていただける様な、取り組みを行っています。 | 朝食は事業所内で手作りし、昼・夕食は法人の「ふれあい」から栄養管理された食事が届き盛り付けをしている。誕生会や季節のメニューを取入れ、近所から差し入れの野菜が食卓に上がることもあり楽しみとなっている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている          | 食事量や水分摂取量について随時、記録しています。体調不良時には、その方にあった食事(お腹の調子が悪い時など)への変更も行っています。水分摂取の少ない方は好きな飲み物を購入する等工夫しています。                       |  |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている                   | 朝・昼・夕の口腔ケア(うがい含む)を実施しています。また希望者には訪問歯科を受けて頂き口腔内の状態、維持に努めています。   |  |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----|------|---|--|---|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている                              | 自立に向けての排泄支援を目標に、一人ひとりのきめ細かな排泄パターンを記録しています。また記録を確認、トイレ誘導に努め、臀部の不快感の軽減を目指しております。                 | 排泄パターンの把握の積み重ねを通して出来るだけ失敗のない個別のトイレ誘導を行っている。声かけや失敗があった場合も本人の羞恥心に配慮した対応に努めている。            |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる  | 看護師から助言頂き、水分摂取、運動等を心かけています。また主治医と連携をとり排便コントロールを行っています。特に水分摂取については、好みを伺い提供しています。                |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている                             | 同性介助等希望を聞き、週3回入浴して頂いております。入浴を嫌がる利用者様は時間をずらしたり工夫しております。また身体状況に応じて機械浴(リフト浴)で介助を行っています。           | 基本週3回は入浴してもらっているが一人ひとりの心身の状況によって日時の変更は柔軟に行っている。入浴後には、皮膚の保湿クリームを塗布する支援を行っている。            |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している   | 朝食後の休息や昼食後の休息は自由に行っていただいています。夜間の巡回を嫌がられる方は家族様と相談し、同意を頂き、入室回数を変更しています。                          |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>一人ひとり使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている   | 個々のケースファイルを、いつでも閲覧できるようにしています。服薬変更時には全職員に向けて回覧を作成、周知しています。服薬援助は、個別に合った対応を行い確実に服用して頂くように努めています。 |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている                             | 張りのある毎日を送って頂くことを目的に生活歴や性格、好き嫌いを把握しながら役割づくりを行っています。   |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | コロナ禍ではありますので、お天気の良い日、桜の見頃等はおひとりづつの散歩をさせて頂いております。コロナ禍前は定期的以外出の機会を作っていました。                       | コロナ禍で外出の機会は少なくなりましたが、近隣の公園まで利用者と職員の1対1で散歩したり車椅子の利用者と外気浴している。入浴のない日は極力、ドライブ等の外出の機会としている。 |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|--|---|--|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 50 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している  | お金に関しては紛失や、物盗られ妄想などがあるため所持していただいています。普段の買い物時には家族様のご了解頂き、立替払いによって購入していただいています。   |  |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている   | 本人が希望された時や必要時は電話のとりつぎや、はがきの購入や差し出しなど支援などをさせていただいています。年賀状等は楽しみにされています。   |  |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている | 壁面には利用者様の作品、日常生活の写真、絵画等を飾り、いつでも見られるようにしています。トイレ、風呂、洗面所は清潔に保つように努めています。またCDやカラオケなど音楽も楽しんで頂いています。温度もエアコン、換気で快適な環境に調整しております。 | リビング兼食堂は明るく、清潔である。広い窓からは、四季の移り変わりが感じられる田んぼや樹々が見える。程よい広さのリビングでは、のんびりと過ごされている利用者の姿が見られ家庭的な雰囲気であった。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | リビングでの団欒を楽しんだり、個々の部屋で思い思いに過ごしたりとお一人お一人が好きな場所で過ごせるように配慮をしています。   |  |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている  | 居室は清潔で整理の行き届いた空間であるように努めています。利用者様は、使い慣れた寝具、小道具類を持ち込み、家族の写真などを壁面に飾っておられます。   | 使い慣れた寝具や置物・写真等が持ち込まれ個性的な居室となっている。利用者一人ひとりの身体動作に合わせた動線が確保され安全面にも配慮されている。                          |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している   | 施設内では場所が分かるように張り紙などの工夫を行い、出来るだけ自立した生活を行っていただけるように取り組んでおります。また動線に手すり、椅子を設置し、転倒せずに自由に歩行して頂けるように取り組んでおります。                   |  |                   |

## 2 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【目標達成計画】 |      |   |                                      |   |            |
|----------|------|---|--------------------------------------|---|------------|
| 優先順位     | 項目番号 | 現状における問題点、課題  | 目標                                   | 目標達成に向けた具体的な取り組み内容  | 目標達成に要する期間 |
| 1        | 35   | 様々な災害対策に関して、職員間、家族様、地域の方との意見交換が出来ていない。防火対策が主となっている。 | 様々な災害対策に関して、運営推進会議、課内会議等で話し合いの場を設ける。 | 現在コロナ禍ではありますが、書面でない運営推進会議が開催できれば、運営推進会議で話合える場を設ける。また課内会議で話合えるよう議題に取り込む。                 | 12ヶ月       |
| 2        | 26   | 介護計画に関して、経過を入居者様、家族様と共有ができていない。                     | 介護計画に関して、入居者様、家族様と共に経過を話合える場を設ける。    | コロナ禍が収束すれば、介護計画に関して、担当者会議を開催し、入居者様、家族様にも同席して頂く。また、コロナ禍ではありますが、窓越し面会時等家族様と共有できるように働きかける。 | 12ヶ月       |
| 3        | 4    | 現在書面配布での運営推進会議である。他の方の意見が聞けていない。                    | 運営推進会議で他の方から意見が聞けるように取り組む。           | 運営推進会議が開催できれば意見交換ができるが、それまでは対面時に会話の中に意見が聞けるように取り組む。また書面の中に一文を取り入れる。                     | 12ヶ月       |
| 4        |      |   |                                      |   | ヶ月         |
| 5        |      |   |                                      |   | ヶ月         |

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。

### 3 サービス評価の実施と活用状況

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

| 【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】 |                    | 取り組んだ内容               |   |
|---------------------------|--------------------|-----------------------|---|
| 実施段階                      |                    | ( ↓該当するものすべてに○印)      |   |
| 1                         | サービス評価の事前準備        | <input type="radio"/> | ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者へサービス評価について説明した                                 |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした              |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 2                         | 自己評価の実施            | <input type="radio"/> | ①自己評価を職員全員が実施した                                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った                |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った         |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 3                         | 外部評価(訪問調査当日)       | <input type="radio"/> | ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった             |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた                    |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④その他( )   |
| 4                         | 評価結果(自己評価、外部評価)の公開 | <input type="radio"/> | ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った                          |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った                       |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った                          |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った                      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |
| 5                         | サービス評価の活用          | <input type="radio"/> | ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した               |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)      |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)                           |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)                     |
|                           |                    | <input type="radio"/> | ⑤その他( )   |